

»Abschied von Hippokrates«? Konstanz und Wandel im ärztlichen Selbstverständnis

Prof. Dr. med. Dr. phil.
Ortrun Riha
Universität Leipzig

Der in der Überschrift zitierte Buchtitel des 1981 von Ulrich Wolff vorgelegten Bandes zur ärztlichen Standesethik war seinerzeit nicht nur als Feststellung, sondern durchaus als Forderung zu verstehen: Sich auf Hippokrates als Identifikationsfigur zu berufen, erschien einfach nicht mehr zeitgemäß. Für Julius Hackethal, der eines seiner Bücher mit „Der Meineid des Hippokrates“ überschrieb, stand dieser Vater der wissenschaftlichen Medizin, als der Hippokrates spätestens seit Celsus, also

seit dem 1. Jhdt. n. Chr., gilt, sogar am Anfang einer Ärzteverschwörung gegen die Interessen der Patienten. Die Figur dieses griechischen Arztes lässt sich vielfältig funktionalisieren, sowohl für die zitierte Medizinkritik als auch für erhebende Festreden, die der Beschwörung eines traditionsreichen ärztlichen Ethos dienen. Beides werde ich im Folgenden vermeiden. Ich will mich auch nicht mit der Frage beschäftigen, was am heutigen Arztbild bzw. am heutigen ärztlichen Selbstverständnis „hippokra-

tisch“ im historisch korrekten Sinn zu nennen ist. Mein Thema hat vielmehr die verschiedenen Einflussfaktoren auf das ärztliche Selbst- und Fremdbild zum Gegenstand. In einer Zeit des Wandels ist ab und zu eine solche Standortbestimmung hilfreich.

Pluralismus

In einer Umbruchphase ist vor allem zu prüfen, was unter (allen?) Umständen vom Überkommenen erhaltenswert erscheint. Gerade weil

12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin



Frau Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha

manche Veränderungen von vielen Kolleginnen und Kollegen als von außen aufgezwungen empfunden werden, bietet sich ein Forum wie der Sächsische Ärztetag an, um eine Diskussion in Gang zu bringen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass der Berufsstand selbst die Initiative ergreift, Widerstand gegen unliebsame Entwicklungen leistet und als Motor statt als Getriebener aktiv wird. Einfach wird das nicht werden, denn wie in unserer pluralistischen Gesellschaft so herrscht auch innerhalb der Ärzteschaft Meinungsvielfalt, und die einzelnen Gruppen haben darüber hinaus divergierende Interessen (zum Beispiel Allgemeinärzte gegenüber Fachärzten, junge gegenüber älteren Ärzten, niedergelassene gegenüber angestellten Ärzten, leitende gegenüber untergeordneten Ärzten), was im Übrigen von der Politik nach dem Prinzip „divide et impera“ oft ausgenutzt wird. Einen Konsens über ärztliche Standestugenden jenseits der Berufsordnung, über „die“ ultimative Arztrolle oder über ein einzig vertretbares idealtypisches Selbstbild wird man also nicht erzielen. Ich halte ihn nicht einmal für wünschenswert, denn das wäre die Vorstufe zu einer ungunstigen Ideologisierung und würde die Handlungsoptionen aller Akteure unnötig einschränken. Sowohl in der Ärzteschaft als Ganzes als auch in jedem und jeder Einzelnen von uns finden sich Widersprüchlichkeiten und eine Art „Patchwork“ aus Tradition und Gegenwart.

Ärztliches Ethos

Die Aussage, dass der Arztberuf kein Beruf wie jeder andere ist, dürfte trotzdem auf Zustimmung stoßen. Bezug genommen wird damit

auf einen Wertekanon, der einerseits aus den Ansprüchen jeder Ärztin und jedes Arztes an sich selbst und andererseits aus den Anforderungen der Gesellschaft erwächst. Das ärztliche Selbstbild von heute ist – je nach Situation, Fachdisziplin, persönlichen Präferenzen und individueller Begabung – eine Mischung aus Helferfigur, mitmenschlich-solidarischer Begleitung, Expertenwissen, Beratung, Katastrophenmanagement, Respekts- und Vertrauensperson, Garantenstellung sowie Gesprächs- und Vertragspartnerschaft. Mit einer solchen Vielfalt und Flexibilität entspricht es auch den ganz unterschiedlichen Patientenerwartungen und Bedürfnissen. Ein und dieselbe Arztpersönlichkeit wird je nach Gegenüber und aktueller Aufgabe verschiedene Facetten dieses Bildes hervorheben. Angesichts dieses breiten Spektrums, aus dem man einfach nicht „gute“ und „schlechte“ oder „richtige“ und „falsche“ Varianten aussondern kann, wird ersichtlich, wie ausgeprägt sich die eigene Vorstellung vom „guten Arzt“ und die Anforderungen von „außen“ wechselseitig beeinflussen; „außen“ bedeutet sowohl den einzelnen Patienten als auch den gesellschaftlichen Kontext. Der Facettenreichtum des modernen ärztlichen Selbstbildes ist nicht etwa eine Bankrotterklärung hinsichtlich der traditionellen ärztlichen Werte, sondern bietet diesen vielmehr breiteren Raum zur Verwirklichung als dies eine Einengung auf einen einzigen Rollentypus böte. Verantwortungsgefühl, Fürsorglichkeit, Vertrauenswürdigkeit, Pflichtbewusstsein, Genauigkeit und Verschwiegenheit, um nur einige „konservative“ Werte zu nennen, sind jenseits nötiger Anpassung und ungeachtet aller gesellschaftlichen Veränderungen von ungebrochener Aktualität und unbezweifelnder Notwendigkeit.

Dagegen dürften Uneigennützigkeit und Selbstaufopferung im Zeitalter der Arbeitnehmerrechte, der Freizeitgesellschaft und der partnerschaftlichen Teilung von familiären Aufgaben eher im Rückgang begriffen und kaum noch zustimmungsfähig sein. Der Ausbeutung hochqualifizierter und hochbeanspruchter menschlicher Arbeitskraft sollte nicht mittels moralischer Vorhaltungen das Wort geredet werden. Die vergleichsweise geringe Vergütung ärztlicher Tätigkeit, die weder die langen Ausbildungszeiten noch die hohe Verantwortung spiegelt, ist im Übrigen ein Zeichen dafür, wie viel bzw. wie wenig unserer Gesellschaft ihre Kranken wert sind. Der aktuelle Ärztemangel ist dazu eine nachvollzieh-

bare Art der „Abstimmung mit den Füßen“ seitens des Nachwuchses.

Die „Modernisierung“ des Lebens hat dem ärztlichen Ethos eine Reihe positiver Elemente zugefügt. Solche Komponenten sind zum Beispiel einerseits die Möglichkeit der Objektivierung ärztlichen Handelns und die Einsicht in die Notwendigkeit, Fachkompetenz ständig zu verbessern und neu zu erwerben, andererseits die Ausrichtung auf das kranke Individuum mit seinen persönlichen Bedürfnissen und der Respekt vor dem Patienten als Gegenüber mit eigenen Vorstellungen in jeder Lebensphase. Der Arztberuf gehört zu den wenigen Tätigkeiten, bei denen ein Anspruch auf Professionalität mit einem bestimmten Ethos untrennbar verknüpft ist.

Das anspruchsvolle idealtypische Wertespektrum wird nicht durch Alltagserfahrungen von Unfreundlichkeit, „Sachzwängen“, Konkurrenzdenken, Verteilungskämpfen, Unachtsamkeiten oder Abrechnungsmogeleien relativiert, denn Ärzte sind schließlich nur Menschen und keine heroischen Lichtgestalten. Dass Zielgebote nicht immer und überall eingehalten werden, spricht nicht gegen ihre Bedeutung als identitätsstiftender Orientierungsmaßstab für den gesamten Berufsstand. In der negativen Außenwirkung sind solche menschlich verständlichen Defizite allerdings nicht zu unterschätzen.

Patientenautonomie

In der gegenwärtigen Chamäleonhaftigkeit des ärztlichen Selbstbildes spiegelt sich das in Medizinerkreisen ungeliebte Schlagwort von der Patientenautonomie, es ist also keineswegs ein importierter Fremdkörper. Würde man die missglückte Entlehnung des Fremdworts „Autonomie“ aus dem angelsächsischen Kontext („autonomy“) durch das korrekte deutsche Äquivalent „Selbstbestimmungsrecht“ ersetzen, gäbe es viele Konflikte zu diesem Aspekt gar nicht. Die Fähigkeit, das situativ angemessene Verhalten aus dem Repertoire des Möglichen zu entnehmen, ist längst zur ärztlichen Schlüsselqualifikation schlechthin geworden. Darin wird ein wesentliches und grundlegendes Charakteristikum der medizinischen Ethik erkennbar, das selbstverständlich, ja banal erscheint: Da jeder Kranke anders ist, gibt es keine universell einsetzbaren Patentlösungen für alle, sondern jede Entscheidung muss individuell getroffen und auf den bzw. mit dem jeweiligen Patienten abgestimmt werden, um im Einzelfall „richtig“ zu sein.

Dass die Betroffenen ein Mitspracherecht darüber haben müssen, was sie für sich wünschen und was nicht, sollte in einer Demokratie nicht irritieren. Dass sie ferner in einer immer komplizierteren Welt dabei auf umfassende Information und fachkundige, wenn gleich ergebnisoffene Beratung angewiesen sind, auf deren Basis fundierte Entscheidungen getroffen werden können, versteht sich gleichfalls von selbst. In den schwierigsten Lebenssituationen wird dem einzelnen Bürger Entscheidungskompetenz zugetraut, warum sollten körperliche Belange da eine Ausnahme darstellen? In der Frage, wie viel Aufklärung und wie viel Wahrheit jemand erträgt bzw. ertragen muss, scheiden sich die Geister. Bei aller geforderten Berücksichtigung individueller Konstellationen erleben wir momentan innerhalb einer Ärztegeneration eine tendenzielle Verschiebung von paternalistisch-wohlmeinender Schonung hin zu zugemuteter Offenheit, da der Nachwuchs von vornherein überwiegend mit vorinformierten, kritischen und „mündig“ auftretenden Patienten konfrontiert wird, die – weder in der Medizin noch sonst – keineswegs alles glauben und hinnehmen, was ihnen „Experten“ empfehlen. Die vertrauensvollen Kranken, die eine fürsorgliche Elternfigur suchen und gern Autonomie abgeben, sterben langsam aus.

„Verrechtlichung“ der Medizin?

Die moderne Gesellschaft, die zur Regulierung aller Lebensbereiche neigt, billigt keinem Beruf eine Sonderstellung zu, auch der Medizin nicht; der Verweis auf ein wie immer geartetes „Ethos“ reicht ihr nicht. Die Ärzteschaft steht nicht außerhalb des Rechts und muss zudem besonders vorsichtig sein, weil ärztliche Tätigkeit in das hohe Gut der körperlichen Unversehrtheit von Menschen eingreift. Dies sei vorausgeschickt, weil im Kollegenkreis häufig die Klage zu hören ist, „die Juristen“ („die Rechtsprechung“) reden in ärztliche Zuständigkeiten hinein und zwingen Ärzte zu Maßnahmen, die diese für sinnlos und kontraproduktiv hielten. Die Reaktion ist bekannt: eine planlose, sehr teure und letztlich unprofessionelle „Defensivmedizin“ unter der in der Regel falschen Prämisse, man mache sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig, wenn einem Patient nicht alle zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zu Teil werden. In Wirklichkeit lassen sich die (letztinstanzlichen) Verurteilungen solcher

Fälle an den Fingern abzählen und beschränken sich auf grobe Fahrlässigkeit und eklatante fachliche Fehleinschätzungen. Auch auf dem Klageweg vor dem Sozialgericht erstrittene Kassenleistungen, die zuvor von ärztlicher Seite wegen zu erwartender Nutzlosigkeit abgelehnt worden waren, sind kein Massenphänomen. Dass Patienten bzw. Angehörige heute schnell mit dem Anwalt drohen und – nicht zuletzt auf Grund ihrer Rechtsschutzversicherungen – klagefreudig sind, verstärkt den schiefen Gesamteindruck ärztlichen Getriebenseins. Solange Aufklärungspflicht und Sorgfalt nicht verletzt wurden, kann jedoch nicht viel passieren. In diesem Punkt beginnt sich ärztlicherseits jedoch ein neues Verhalten zu etablieren, das Qualitätssicherung durch Transparenz und Nachvollziehbarkeit von Abläufen anstrebt, und zwar nicht nur bei Routinevorgängen, sondern auch bei klinischen Dilemmata. Eine strukturierte Analyse von Problemen wirkt in mehrfacher Hinsicht entlastend. Die Nachfrage an Ethik-Weiterbildung zeigt, dass die traditionellen „Entscheidungen aus dem Bauch des Chefarztes heraus“ out sind.

Medizin als Garantieleistung?

Die meisten Klagen unzufriedener Patienten wegen vermeintlicher Fehler, Unterlassungen oder Versäumnisse sind völlig substanzlos, wenn auch hochgradig lästig. Sie verdeutlichen jedoch eine Irritation, die in der Öffentlichkeit dadurch ausgelöst wird, dass die Medizin trotz aller eingesetzten Technik genau ein Merkmal technisierter Abläufe nicht hat, nämlich die Vorhersehbarkeit und die Er-

folgsgarantie. Nicht nur, dass die Prognostik schwach ausgebildet ist – es ist angesichts der verbreiteten Verinnerlichung eines technischen Körpermodells vielen Menschen unklar, dass das Prinzip des Organischen ein Krankenhaus von einer Autoreparaturwerkstatt unterscheidet. Das iatrotechnische Konzept ist durchaus leistungsfähig und alltags-tauglich (ich nenne als Beispiel nur die Senkung von Vor- oder Nachlast bei Herzpatienten), aber bildhafte Entlehnungen aus den Ingenieurwissenschaften machen den Menschen nicht als Ganzes zu einer Maschine. Allen Bürgern dürfte an einem funktionierenden Verbraucherschutz gelegen sein und der Wunsch, Gesundheit zur Garantieleistung zu machen, ist angesichts unserer auf Absicherung aller Risiken bedachten Zeit verständlich. Die Analogisierung von Patient und Konsument wird aber schlicht an der Körperlichkeit des Menschen scheitern.

Kommerzialisierung?

Bei Überlegungen zu unerwünschten Außen-einflüssen auf die Medizin wird stets an exponierter Stelle über ökonomische Zwänge geklagt. Problemlos bezahlbare Ein-Klassen-Medizin auf höchstem Niveau bei gleichzeitig hohen Arzteinkommen für alle hat es aber in der Geschichte nie gegeben und gibt es auch heute nirgends auf der Welt. Diese paradiesische Vorstellung gründet auf den (durch die zeitliche Distanz eingebneten) Erinnerungen an die vom Überschwang des Wirtschaftswunders geprägten Nachkriegsjahre der alten Bundesrepublik, die bis in die 70er Jahre hinein gewirkt haben. Verglichen mit

12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin

den heutigen Möglichkeiten der Medizin nehmen sich die damaligen Leistungen jedoch geradezu rührend aus, und selbst seinerzeit hat keineswegs „jeder“ „alles“ bekommen: Die Krankenhausbetten waren beispielsweise streng nach „Klassen“ unterteilt und das vor allem von den Damen perhorreszierte „Kassengestell“ der nötigen Brille dürfte unvergessen sein. Dass in der DDR „jeder“ „alles“ bekommen hätte, gehört gleichfalls ins Reich der *Laudatio temporis acti*, schon weil aus Ressourcenmangel gar nicht „alles“ zur Verfügung stand. Die absurderweise heute weithin beklagte Ungleichbehandlung war seinerzeit Teil des Systems und resultierte nicht aus unterschiedlichen Einkommen, denn die waren nivelliert, sondern aus Beziehungen. Eine Zeitlang konnten immer höhere Aufwendungen, die sich die BRD bei wirtschaftlicher Prosperität leistete, die explodierenden medizinischen Angebote noch auffangen, doch inzwischen ist die Schere zwischen Möglichem und Bezahlbarem weiter gewachsen und die Defizite vergrößern sich durch die immensen Transferleistungen nach der Wiedervereinigung sowie durch Rückgang der Einnahmen bei hoher Arbeitslosigkeit und demographischem Wandel. Eine Lösung, die alle glücklich macht, gibt es nicht, aber nach den Wahlen im September wird unabhängig vom Namen des Siegers der Einstieg in eine Mehr-Klassen-Medizin sowie eine Diskussion über Rationierungskriterien beginnen. Aus ethischer Sicht ist eine solche Transparenz von Allokationsentscheidungen, auch wenn sie anfangs schmerzlich erscheint, weniger problematisch als das verdeckt-verschämte Agieren heute, das Ärzte als unfreiwillige „gate-keeper“ tagtäglich in missliche Situationen bringt. „Kommerzialisierung“ wird gerade hierzulande gern als Schimpfwort benutzt, um diffuse Unzufriedenheit zum Ausdruck zu bringen, dabei wäre es hilfreich, im Gesundheitswesen, das ja ein wichtiger Wirtschaftsfaktor ist, etwas weniger „Sozialismus“ walten zu lassen. Die Ärzteschaft – immerhin ja ein Standesberuf – sollte sich aktiv an den Diskussionen zu Gunsten von mehr Freiheit beteiligen, anstatt der irrigen These anzuhängen, zum ärztlichen Ethos gehöre Desinteresse an Fragen der Ökonomie. Verantwortungsvoller Umgang mit knappen Ressourcen ist kein moralischer Makel, ebenso wenig wie es ehrenrührig ist, für erbrachte Leistungen angemessen bezahlt werden zu wollen.

Bürokratisierung

Wie letzten Sommer im Deutschen Ärzteblatt zu lesen war, ist Deutschland nicht nur in Wirtschaft und Bildung, sondern auch im Bereich Gesundheit trotz seiner erheblichen Ausgaben bestenfalls europäisches Mittelmaß. Die bisher aus dem ärztlichen Grundprinzip der Individualmedizin abgeleitete Variabilität der Therapie auf der Basis einer riesigen Angebotspalette und der weit gehende Verzicht auf eine Kontrolle von Erfolg und Compliance sind nicht nur teuer, sondern haben sich – auch wenn Einzelne profitiert haben mögen – im Ganzen als nachteilig für die Patienten erwiesen. Der augenblicklich leidenschaftlich diskutierte Vorschlag der Bundesgesundheitsministerin, Qualitätsstandards mittels (leider wenig ausgelegener) Leitlinien wenigstens für vier ausgewählte Krankheiten zu sichern, ist also analog zum Aktionismus nach dem „Pisa-Schock“ zu verstehen und durchaus von Verbesserungsbestrebungen motiviert. Nun trifft es jedoch das ärztliche Selbstverständnis ins Mark, alle Kranken nach bürokratischen Vorgaben über einen Kamm scheren zu sollen, zumal das Konzept verunglückt bzw. zumindest im jetzigen Stadium nicht brauchbar ist: Eine scheinbar plausible (und im Interesse der Patientinnen und Patienten auch dringend nötige) Lösung wird durch Kompromisse ins Sinnlose verwässert und durch großen, aber ins Leere laufenden Verwaltungsaufwand schon im Vorfeld ins Absurde gewendet. Außerdem ist das avisierte Vorgehen durch inadäquate Anreize ein vorhersehbares finanzielles Desaster. Leitlinien dieser Art sind eine Totgeburt, denn passiver Widerstand seitens der Ärzte ist vorprogrammiert. Trotzdem muss die Frage nach der Qualität ärztlichen Tuns gestellt werden. Es wäre aber tatsächlich ein Armutszeugnis für die Ärzteschaft, wenn sich die medizinischen Fachgesellschaften nicht auf Präventions- und Behandlungsempfehlungen einigen könnten und dafür Ministerialbeamte bräuchten. Nur so könnte auch Raum für die in Einzelfällen nötige Therapiefreiheit geschaffen und Bevormundung verhindert werden. Dass allerdings das Ganze nur funktioniert, wenn die Eigenverantwortung des Patienten unter Umständen auch mit Sanktionen eingefordert wird, sollte ehrlicherweise dazu gesagt werden, das aber werden die Wähler überhaupt nicht gern hören, zumal fraglich ist, ob sich das mit dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen vereinbaren lässt.

Die Bürokratisierung ärztlicher Arbeit ist jedoch schon längst in vollem Gang. Jede Umfrage zur Verteilung der von Ärzten für verschiedene Aufgaben aufgewandten Zeit bringt ans Licht, dass die Verwaltung vor allem auf Kosten menschlicher Zuwendung zunimmt. Auch das schafft Unzufriedenheit beim Nachwuchs, zumal Positionen in Krankenhausverwaltung und Gesundheitsbürokratie bei günstigerer Arbeitszeit oft besser dotiert sind.

Technikfeindlichkeit

Kritik an der modernen Medizin erwächst jedoch noch zum wenigsten aus der mangelnden Qualitätskontrolle, sondern überwiegend aus handfester Technikfeindlichkeit. Da sich eine solche Attitüde paradoxerweise aufgeklärt und nachdenklich gibt, dominiert sie vielfach die Diskussion um zentrale medizinische Probleme und beeinflusst als Parteiencredo politische Entscheidungen von nicht geringer Tragweite. In trauriger Erinnerung dürfte noch die aufgeregte Diskussion vor fünf Jahren um die angeblich freigegebene Forschung an Nicht-Einwilligungsfähigen sein, die die Unterschrift Deutschlands unter die Bioethik-Konvention des Europarats verhindert hat, obwohl die erhobenen schlimmen Vorwürfe angesichts der Formulierungen im Textentwurf gänzlich unhaltbar waren. Unvergessen ist auch die Debatte um die Anerkennung des Hirntods als Tod des Menschen, die in ihrer Emotionalität beinahe die dringend nötige Verabschiedung eines Transplantationsgesetzes (in Kraft seit Dezember 1997) verhindert hätte. Die Leitmotive der ablehnenden Stimmen waren neben der Infragestellung des Kriteriums als ungeeignet und unsicher sowie einer vermeintlichen Reduktion der menschlichen Ganzheitlichkeit auf ein Organversagen insbesondere der Vorwurf eines Machtmissbrauchs der Medizin und vor allem die Unterstellung ökonomischer Interessen.

Vor allem die Intensivmedizin ist in diesem Kontext bei den Meinungsmachern in Verruf geraten. Die seit einigen Jahren immer wieder aufkommende Forderung nach Möglichkeiten aktiver ärztlicher Sterbehilfe speist sich – nicht nur, aber auch – aus Horrorszenerarien von hirntoten Schwangeren, beatmeten Leichen und Menschen in einem künstlichen Schwebestadium zwischen Leben und Tod, die „die Ärzte“ nicht sterben lassen. Diese verbreiteten Irrationalitäten müssen in Rechnung gestellt werden, wenn es um die

Einschätzung von restriktiven Patientenverfügungen und den Umgang mit rabiaten Patientenanwälten geht. Solche Tendenzen gehen natürlich an der Ärzteschaft nicht spurlos vorbei und könnten mittelfristig dazu führen, dass beispielsweise das Verbot der ärztlichen Beihilfe zum Suizid aus der Berufsordnung verschwindet. Als kleiner Trost sei noch gesagt, dass auch die viel geschmähten Juristen nicht immun gegen Technikfeindlichkeit sind; vielmehr ist das der Grund, weshalb ich soeben hinsichtlich vermeintlich aufgezwungener Maximaltherapie wider Willen Entwarnung gegeben habe.

Neoromantik

Momentan ist die Molekulargenetik (meist pauschal und falsch als „Gentechnologie“ bezeichnet) der Buhmann der öffentlichen Meinung, was auch negative Auswirkungen auf die Pränatal- und Reproduktionsmedizin bzw. auf die darin Tätigen hat. Häufig wird das Argument von der „Heiligkeit der Natur“ im Zusammenhang mit der Ablehnung genetischer Forschung benutzt, bisweilen wird sogar der Begriff der „Schöpfung“ ins Spiel gebracht, sogar von völlig säkular orientierten Personen. Nun gibt es aber keine „Natur“ mehr, sobald der Mensch ins Spiel kommt, und selbst wenn es „Natur“ als Kontrast zur „Kultur“ gäbe, wie es sich das 18. Jahrhundert ausgemalt hat, wäre die Natur nicht „heilig“, jedenfalls nicht nach abendländischer Vorstellung. Bedenklich werden solche naturalistischen Argumentationen, wenn in diesem Zusammenhang etwa die „Natürlichkeit“ der Lebensspanne als Kriterium für Behandlungsbegrenzung oder Allokationsentscheidungen ins Feld geführt wird. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Ärzteschaft selbst inzwischen durchaus anfällig für diese im Meinungstrend liegenden Versuche geworden ist. Dabei käme niemand ernsthaft auf die Idee, das ganze Handeln der Medizin, das ja sehr wohl in „natürliche“ Abläufe eingreift, mit solchen Einwänden verdammen zu wollen.

Eingriffe ins Genom wecken jedoch Ängste vor unvorhersehbaren und unkontrollierbaren Folgen dieses Tuns. Die Freisetzung genveränderter („genmanipulierter“) Pflanzen wird zum Menetekel, da sie genetische Veränderungen am Menschen gleichsam vorweg nimmt. Es werden die Züchtung von Über- und Untermenschen und Designerbabies nach Maß imaginiert. Peter Sloterdijk sah schon die

Evolution in Menschenhand und Francis Fukuyama, der nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion schon das „Ende der Geschichte“ sah, phantasiert jetzt vom „Ende des Menschen“, der durch Kunstprodukte ersetzt werde. Solche Szenarien erscheinen als Tabubruch, als die Hybris der Griechen, und das zieht – wie das unbedachte Handeln von Goethes Zauberlehrling – als Strafe fatale Folgen nach sich. Nicht umsonst hat Mary Shelley ihrem Roman ‘Frankenstein’ den Untertitel ‘Der neue Prometheus’ gegeben. Schon um 1800 diskutierte man über künstliche Menschen aus der Retorte und das Übel, das daraus möglicherweise erwächst. Es mag uns naiv scheinen, welch große und unrealistische Befürchtungen (und gleichzeitig Hoffnungen) damals mit mechanischen Puppen („Automate“), wie der Puppe Olimpia aus ‘Hoffmanns Erzählungen’, verbunden waren. Die Gegenwart sieht sich jedoch in einer ganz ähnlichen Situation der Verunsicherung und erlebt die molekulare Genetik wiederum als eine gefährliche Grenzüberschreitung. Wenn dann noch einzelne ruhmstüchtige Mediziner, wie der italienische Gynäkologe Antinori, sich mit Klonierungsexperimenten brüsten, dürfen wir uns nicht über die entsprechende Aufregung wundern.

Herausforderung Komplementärmedizin

Das Selbstverständnis der modernen Medizin als „wissenschaftlich“ stößt also auf nicht zu unterschätzende wissenschaftsfeindliche Tendenzen in Medien und Politik. Forschung wird als eigennützig, Ressourcen verschwendend, umweltschädlich, menschenfeindlich und dazu noch sinnlos dargestellt. Kein Wunder, dass uns in Deutschland die Naturwissenschaftler und Ingenieure ausgehen! Insbesondere der sich als Experte für Gesundheitsdinge verstehende Arzt erscheint als in Laborwerte verliebter und auf Geräteinsatz versessener Technokrat. Unter dem Eindruck dieses merkwürdigen Zerrbildes gewinnen esoterische komplementärmedizinische Richtungen Zulauf, die wesentlich weniger leistungsfähig sind als die „Schulmedizin“ der Gegenwart, die aber den Anspruch erheben, sich dem kranken Menschen „ganzheitlich“ zuzuwenden. Die Vertreter der „Alternativmedizin“ gewinnen ihre Kunden auch aus strukturellen Defiziten des Gesundheitssystems, das beispielsweise Gespräche nur gering honoriert, und sie leben auch davon, dass viele Ärzte heute die psychische Kom-

ponente und die Bedeutung des individuellen Verarbeitens von Krankheit („Coping“) seitens des Patienten sowie den Einfluss der Arztpersönlichkeit auf den Heilerfolg unterschätzen, sich also den „technokratischen Schuh“ angezogen haben. Genau dieser passt aber ganz schlecht für die Begleitung von chronisch Kranken und Schmerzpatienten. Die Lösung kann nicht darin liegen, aus ökonomischen Gründen diesem Trend nachzulaufen und nun selbst Mittel von zweifelhaftem Wert zu verordnen, denn das bedeutete die Aufgabe eines wesentlichen Teils des ärztlichen Selbstverständnisses der Gegenwart. Ich plädiere nicht für einen Rückfall in Zeiten, als die Medizin Naturphilosophie war, sondern für eine Besinnung darauf, dass die Medizin außer „Wissenschaft“ und „Technik“ immer auch „Kunst“ war; die angelsächsische Differenzierung von „science of medicine“ und „art of medicine“ greift diese nun tatsächlich „hippokratische“ Konzeption auf. Nicht wer sich dessen bewusst ist, dass der „Arzt als Droge“ dem Patienten gegenüber tritt, und entsprechend agiert, ist ein Scharlatan, sondern wer ohne Berücksichtigung der mit der naturwissenschaftlichen Medizin nicht kompatiblen komplementärmedizinischen Körper- und Krankheitsmodelle nach Markterfordernissen scheinbar „sanfte“ Rezepte ausstellt.

Medizin als Religionsersatz

Nicht nur die Anhänger, sondern auch und gerade die schärfsten Gegner der sog. „Schulmedizin“ wünschen sich fachlich perfekte, charakterlich integre, finanziell unabhängige, kurzum (über)menschlich vollkommene Ärztinnen und Ärzte, und deshalb werden vermeintliche oder tatsächliche „schwarze Schafe“ von der Öffentlichkeit gnadenlos verfolgt. Trotz der meist von Unwissenheit und Resentiments gekennzeichneten medialen Skandalisierung von Kunstfehlern oder vermeintlicher Bestechlichkeit ist das Sozialprestige des Arztberufs in der Bevölkerung seit Jahrzehnten konstant hoch, was ja eine Art Vertrauensbeweis darstellt. Ich habe daher den Eindruck, dass der größte Teil der Kritik, die gegenüber der modernen Hochleistungsmedizin laut wird (sie sei technikversessen, unpersönlich, kommerzialisiert usw.), paradoxerweise aus unendlich hohen Erwartungen an umfassende und uneigennützig Heilsbringer erwächst. Nur durch solche Zuschreibungen aus Hassliebe, nicht etwa auf der Basis von Eigenwerbung, werden Ärzte als „Götter

12. Sächsischer Ärztetag Ethik in der Medizin

in Weiß“ imaginiert und jedes Versagen – sei es durch menschliche Fehler oder durch die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten – erscheint gleich als existenzielle Kränkung. In der säkularen Gesellschaft sind es nur noch die Ärzte, an sich die Menschen in Grenzsituationen des Lebens wenden können, denn sie lassen sich durch den Fitnesskult und Leistungsprinzip nicht von der Begleitung chronisch Kranker abhalten, sie widmen sich trotz Jugendlichkeitswahn der medizinischen Betreuung multimorbider alter Menschen und sie begleiten Todkranke auf dem Sterbebett. Die Medizin wird als der weltliche Hort menschlicher Solidarität und Auffangbecken gesellschaftlicher Defizite zum Religionsersatz. Auf sie werden utopische Hoffnungen und unendliche Problemlösungskompetenzen projiziert. Die Medizin sollte sich also den Vorwurf der angeblich inhumanen Technisierung nicht verschämt gefallen lassen. Die in die Naturwissenschaft verliebte moderne Welt erwartet für menschliche Sorgen und auch für politische Aufgaben naturwissenschaftliche oder zumindest naturwissenschaftlich begründete Lösungen, und da bietet sich die im Überschneidungsfeld von Natur-, Geistes- und Sozialwissenschaften angesiedelte Medizin an. Die Erfahrungen mit dem Versuch einer biologischen Lösung für soziale Probleme im Nationalsozialismus (Eugenik, Sterilisierungen, Euthanasie) waren allerdings so negativ, dass sich die Medizin jetzt bei politischen Großprojekten zurückhält und nicht mehr so leicht funktionalisieren lässt. Sie versorgt aber dafür im Kleinen die Menschen mit Arznei nicht nur gegen körperliche Beschwerden aller Art, sondern auch gegen alle Kümernisse, Sorgen, Ärger und Stress und wird darin immer leistungsfähiger. Ein beachtlich hoher Bevölkerungsanteil kommt nur noch abgeschirmt durch Stimmungsaufheller, Aufputzmittel und Tranquilizer durchs Leben.

„Medikalisierung“

Diese Entwicklung von der *Conditio humana* zur behandlungsbedürftigen Krankheit wird von Kritikern als „Medikalisierung“ des Le-

bens bezeichnet, womit sie den Finger darauf legen, dass die Ärzteschaft von diesem Zuwachs an Aufgaben gut lebt und sich im Machtgewinn als Experte für alles Menschliche sonnt. Entgegenzuhalten ist dieser These jedoch, dass die Medizin ohne das vorausgehende gesellschaftliche Vakuum und ohne die wachsenden Ansprüche an das persönliche Wohlbefinden nicht in die entstandene Bresche hätte springen können. Die oft gehörten, aber deswegen nicht rundum berechtigten Vorwürfe, die moderne Hochleistungsmedizin versage vor ihren Herausforderungen auf menschlichem Gebiet, kommen einzig daher, dass außer der naturwissenschaftlich basierten Fachkompetenz und den erwähnten situationsethischen Qualitäten von den Ärztinnen und Ärzten auch noch die Stillung der spirituellen Bedürfnisse der kranken Menschen verlangt wird. Das aber ist nun einmal keine ärztliche Aufgabe und war es nie. Es ist schon genug, diese Erwartung zur Kenntnis zu nehmen, bei einem Patienten ein solches Verlangen zu erkennen und je nach Umständen psychologische, sozialpädagogische oder seelsorgerische Unterstützung oder auch nur einen geduldigen Zuhörer zu organisieren. Es wäre tragisch, wenn aus Unsicherheit bei Schwerkranken deswegen ärztliche Hilfe und persönliche Kontakte reduziert würden, nur weil sich die behandelnden Ärzte in puncto sinnstiftender Patentlösungen nicht kompetent fühlen. Nicht einmal Seelsorger verfügen über eine „black box“ mit universell einsetzbaren Antworten. Zum ärztlichen Ethos gehört die Zuständigkeit für die Letzten Dinge sicher nicht.

Utopien

Bislang scheiterten zwar alle gentechnischen Anwendungsversuche und die Hoffnungen, die man in die Genchirurgie bei der Bekämpfung von bösartigen Tumoren oder Erbkrankheiten gesetzt hat, haben sich bisher nicht erfüllt. Die aggressive Metapher vom Kampf gegen den Krebs schreit jedoch nach einem Sieg. Dazu kommt die uralte Utopie der Medizin, Krankheiten endgültig ausrotten zu können, sie nicht mehr im Nachgang lindern

zu müssen, sondern sie präventiv gar nicht erst entstehen zu lassen. Auch wenn allgemein bekannt ist (oder sein sollte), dass keineswegs alle Krankheiten genetisch bedingt sind, dass eine genetische Veranlagung für eine Erkrankung nur etwas über Wahrscheinlichkeiten aussagt und der Lebensstil eine große Bedeutung hat und dass die so genannten Behinderungen nur zu einem kleinen Teil genetisch bedingt sind, weil die weitaus meisten aus Unfällen resultieren, wird die gegenwärtige Diskussion von einer auffallenden Überschätzung der molekularbiologischen Möglichkeiten dominiert. Die erwähnten Befürchtungen, die sehr tief in unserer Kultur verankert sind, speisen sich aus fast unbegrenzten Machbarkeitsphantasien. Das alte Motiv des Jungbrunnens, der dauerhafte Jugend und Schönheit garantiert, feiert heute seine Wiederauferstehung. Da die Perspektive eines Ewigen Lebens in unserer säkularen Gesellschaft verloren gegangen ist, richtet sich das ganze Interesse auf eine möglichst umfangreiche Verlängerung des irdischen Daseins, natürlich in bester Lebensqualität. Das gewünschte Ideal wird scheinbar zum Standard. Für Ärztinnen und Ärzte, die ja in der Regel überwiegend mit Personen zu tun haben, die nicht jung, schön und gesund sind, besteht die ethische Herausforderung darin, in ihrer Bewertung von „qualitätvollem“ bzw. „lebenswertem“ Leben nicht solchen Tendenzen nachzugeben, ja, sich vielleicht sogar als Lobby für Interessengruppen zu verstehen, die nicht den gesellschaftlichen Leitbildern entsprechen. Wahrscheinlich ist dieser Aspekt derjenige, bei dem sich das ärztliche Wertesystem am ausgeprägtesten vom Trend der Zeit abhebt. Medizin kann keine Wunder wirken, insofern ist eine Reduktion der überspannten Erwartungen auf das Menschenmögliche das Gebot der Stunde.

Literatur bei der Verfasserin:

Anschrift der Verfasserin:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Ortrun Riha
Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin
und der Naturwissenschaften
Augustusplatz 10-11, 04109 Leipzig